Prise en charge de la douleur

Dr Nathalie Nisenbaum
Réseau Arc en Ciel
10 octobre 2006

EVALUATION DE LA DOULEUR



Définition de la douleur

association internationale d'étude de la douleur (IASP 1979)

- La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion
  - pas de relation entre l'intensité de la douleur ressentie et l'importance d'une lésion

Définition de la douleur (suite)

- La douleur est un phénomène subjectif
  - le malade qui souffre a toujours raison
  - parfois lésion sans douleur, parfois douleurs en l'absence de lésion objectivable
- La douleur peut avoir deux caractères
  - aiguë - douleur signal
    - entraîne une attitude de protection
  - chronique - douleur installée, handicapante
    - douleur maladie

Objectifs de l'évaluation de la douleur

- Déterminer le mécanisme de la douleur
- Déterminer si possible l'étiologie
- Appréhender le référentiel de la douleur du patient
- Définir les retentissements de la douleur et de la pathologie sous jacente
- Définir les éléments de surveillance

Règles

- Vouloir traiter la douleur sans considérer l'être en souffrance n'a aucun sens.
- Évaluer chaque douleur indépendamment
- L'interrogatoire donne le diagnostic, l'examen clinique confirme l'hypothèse, les examens complémentaires sont rarement utiles.
- L'examen finit la relation de confiance et prépare les évaluations ultérieures

Les différentes douleurs -1

- La douleur nociceptive
- La douleur neuropathique
  - centrale
  - périphérique
- Les douleurs psychogènes

Les différentes douleurs -2

	Nociceptives	**Neuropathiques**
Mécanisme	Excès de stimulation des nocicepteurs	Lésion d'un nerf
Topographie	Loco-régionale	Dermatomes: racines plexus, troncs
Irradiation		Trajet des nerfs atteints
horaires	Fond: mécanique et/ou inflammatoire Surajoutées: incidentes, récurrentes, paroxystiques	Fond +/- permanent avec fulgurances inopinées

Les différentes douleurs -3

	Nociceptives	**Neuropathiques**
Caractère	Torsion, écrasement, compression, hématome, coup, pesanteur, déchirure, poignard, broiement, arrachement	Fond: brûlure, striction Fulgurances: éclairs, arcs électriques, piqûres d'aiguille.
Examen neurologique	Hyperesthésie élargie	Paresthésie Allodynie, hyperesthésie, hyperpathie. Hypo- anesthésie, anomalie des réflexes ou de la motricité
Traitements	Antalgiques classiques OMS	Antiépileptiques Antidépresseurs, TENS, neurochirurgie

Evaluation de la douleur

- Doit se faire systématiquement
  - au début de la prise en charge
  - au moins 1 fois par 24h jusqu'au soulagement
    - à adapter au contexte
  - après chaque modification de thérapeutique …
- Chaque douleur indépendamment
- Retentissements de la douleur =>souffrance globale
  - Autonomie
  - Psychologique
  - Socioprofessionnel

Evaluation de la douleur

- Elle contribue au diagnostic de la douleur et permet d'apprécier l'efficacité du traitement proposé
- elle doit être qualitative
  - définition des caractéristiques des plaintes douloureuses
- elle doit être quantitative
  - appréciation de l'intensité des stimulations douloureuses

Evaluation qualitative de la douleur – 1: l'interrogatoire

- Antécédents douloureux
- Localisation de chaque douleur
- Puis pour chacune:
  - Topographie des irradiations
  - Caractère
  - Rythme, fréquence
  - facteurs déclenchant ou d'amélioration
- Signes d'accompagnement: végétatifs, émotionnels
- Vécu de la douleur

Evaluation qualitative de la douleur - 2

- Observation : avant et au cours de l'examen, du soins ou de l'effort
  - Posture
  - Mimiques du visage
  - Expression verbale
  - Expression gestuelle
  - Position de protection, manœuvre d'évitement
  - Qualité du contact
  - Signes végétatifs

Evaluation qualitative de la douleur – 3: examen clinique

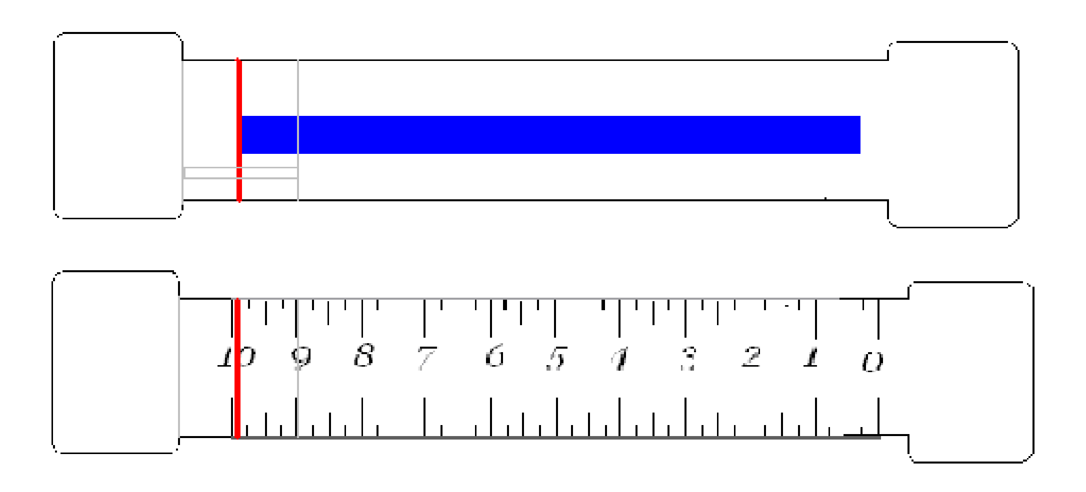
- Chaque tissu depuis la surface jusqu'en profondeur:
  - Peau: effleurement, palper, piqûre, froid-chaud, aspect
  - pannicules sous cutanés: pincer-rouler, palpation
  - muscles: palpation, pression, mise en tension
  - Os, articulations: pression, percussion, mobilisation
  - Viscères: palpation légère élargie puis appuyée
- Débuter par la zone indolore pour finir par la zone douloureuse

Evaluation quantitative de la douleur

- Auto-évaluation
  - Échelle des visages
  - EVS
  - EVA
  - EN
  - QDSA (multidimensionnelle)
- Hétéro-évaluation
  - Doloplus
  - ECPA
  - San Salvadour (adulte handicapé)
- DN4:douleurs neuropathiques

Un patient adhère à 1 échelle, qui est à conserver pour toutes les évaluations

Echelle visuelle analogique



Echelle numérique

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur **Maximale** imaginable

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur **Maximale** imaginable

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur **Maximale** imaginable

Echelle verbale simple en cinq qualificatifs

- Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?
- 0 pas de douleur /___/
- 1 faible /___/
- 2 modéré /___/
- 3 intense /___/
- 4 extrêmement intense /___/

Hétéro-évaluation de la douleur

- Pour qui?
  - Patients comateux
  - patients atteints de troubles cognitifs
  - patients polyhandicapés
  - patients aphasiques
    - en complément de l'auto-évaluation

Hétéro-évaluation

- Repose sur l’observation par l’entourage
  - signes comportementaux non verbaux de la douleur
    - hors et pendant les sollicitations
- Évalue le retentissement de la douleur
  - sur les activités quotidiennes
- Nécessite
  - de développer son sens de l’observation et de travailler en équipe en incluant les proches

Hétéro-évaluation de l'adulte

- Grilles comportementales validées
  - DOLOPLUS
  - ECPA
  - SAN SALVADOUR
    - adulte handicapé

Echelle Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS NOM : Prénom : Service :		Dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• pas de plainte • plaintes uniquement à la sollicitation • plaintes spontanées occasionnelles • - plaintes spontanées continues	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle • position antalgique permanente et efficace • - position antalgique permanente inefficace	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Protection de zones douloureuses	• pas de protection • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins • protection o la sollicitation empêchant tout examen ou soins • - protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Mimique	•mimique habituelle •mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation •mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation •mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (…figée, regard vide…)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5.Sommeil	• sommeil habituel • difficultés d'endormissement • réveils fréquents (agitation motrice) • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 Toilette et/ou habillage	•possibilités habituelles inchangées •possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complexe) •*possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.* •toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Mouvements	•possibilités habituelles inchangées •*possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marché…)* •possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) •mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	•inchangée •intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) •diminuée (la personne s'isole) •absence ou refus de toute communication	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Vie sociale	•participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) •participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation •refus partiel de participation aux différentes activités •refus de toute vie sociale	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10. troubles du comportement	•comportement habituel •troubles du comportement à la sollicitation et … •troubles du comportement à la sollicitation et permanent •troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	SCORE				

Classification des antalgiques



Tableau de l'OMS

OPIOÏDES pour douleurs
modérées à fortes
+/- non opioïdes
+/- coantalgiques
Niveau 3

OPIOÏDES pour douleurs
Faibles à modérées
+/- non opioïdes
+/- coantalgiques
Niveau 2

ANTALGIQUES non opioïdes
Pour douleurs faibles à modérées
+/- coantalgiques
Niveau 1

disparition de la douleur

si la douleur persiste

douleur

Molécules antalgiques (suivant leur niveau)

	Antalgiques non opioïdes Niveau 1	Opioïdes faibles Niveau2 Agonistes purs	Opioïdes forts Niveau 3	
			Agonistes purs	Agonistes partiels-antagonistes, antagonistes
Utilisés en Soins palliatifs	Paracétamol AINS et aspirine Néfopam (Acupan°)	Codeine Dextropropoxyphène Tramadol Dihydrocodeine	Fentanyl Hydromorphone Méthadone Morphine Oxycodone	
Non utilisés Ou Non disponible	noramydopyrine		Alfentanil Pethidine sulfentanil	Buprenorphine Nalbuphine(Nubain°) Pentazocine(Fortal°)

Paracétamol

- Antalgique et antipyrétique
- Mécanisme action :Central ?
- C max 90 mn après absorption
- Durée action 4 heures
- Excellente tolérance
- Posologie 1g x 4 (AMM)
- Toxicité hépatique en surdosage
- Injectable non disponible en ville

AINS et aspirine

- Action périphérique (inhibition des PG) +/- centrale
- Action sur l'hémostase: attention aux associations et risques hémorragiques (digestif++ personne âgée)
  - Préférence donnée au paracétamol
  - Intérêt dans douleurs osseuses mais attention à escalade posologique (diminution du ratio bénéfice/risque)

AINS et aspirine

CI : ulcère, syndromes hémorragiques,

Ins hépatique ou rénale, atcd allergie

Discussion d'équipe : douleurs osseuses

– c/o patient alité sous HBPM
– c/o patient sous corticoïdes

IPP en préventif

Précautions



Limiter durée

Ne pas associer AINS entre eux

Récuser associations avec antiagrégants, anticoagulants

AINS

kétoprofène (Profenid® Bi-Profenid®)	Cp 50 et 100mg LP 200mg et 150 mg Suppo 100	300mg en ttt attaque puis 100-200/jour
Ibuprofène (Advil ® Brufen ® Nureflex ®)	Cp 400 mg Suppo 500mg	400X2-4 fois par jour (jusqu'à 2400/jour)
Indométacine (Indocid ®)	Gélules 25mg Suppo 50 et 100	50 à 200mg

Nefopam (Acupan ®)

- Ampoule de 20 mg /2ml
- IV (en 5 mn min ou perf) ou IM
- 1 inj toutes les 4 à 6 h (max 120 mg/jr)
- Délai action: 15 mn iv, 20mn im
- Action centrale (inhib recapture Ad,NA,S) + anticholinergique faible
- épargne morphinique de 30% en cas d'association
- CI convulsion + glaucome
- Attention :association avec atropiniques, ICardiaque, tr rythme et IDM

- Effets II
  - atropiniques: bouche sèche, tachycardie, palpitations, vertiges, irritabilité
  - Sueurs (32%), somnolence (31%), nausées(11%)
  - IM douloureuse

Associations

- Les antalgiques niveau 1 peuvent être associés aux niveaux 2 et 3

Opioïdes niveau 2 disponibles

DCI	Forme galénique	Tmax (délai pic plasm)	T ½ vie éliminati on	Intervalle administrati on
Codeine phosphate (en association)	Cp ou suppo de 10 à 60 mg	1h	3h	4h
Dihydrocodeine LP	Cp 60mg	1h30-2h	4h	12h
Tramadol (existe aussi en association)	Cp ou gel à 37,5 mg ou 50mg	2h	5-7h	4h
Tramadol LP	Cp ou gel de 50 à 200 mg	5h	6h	12h
Dextropropoxyphène (toujours en association)	Gél 27 à30mg Suppo 60mg	1-5h Moy 2h	6-12h	4h

CODEINE ET DIHYDROCOEINE

- Antalgique agoniste μ
- Inefficace c/o 10% des malades
- Action centrale
- OMS: Association paracétamol (650 à 1000mg) – codéine (30 à 60mg) toutes les 4 à 6h
- Prévenir systématiquement la constipation
- Dihydrocodeine (Dicodin LP 60°): 1cp équiantalgique à 120mg de codéine

Spécialités à la codéine

	codéine	paracétamol
Efferalgan-codeine ®	30	500
Dafalgan-codeine ®	30	500
Klipal-codeine ®	25	300
Claradol-codeine ®	20	500
Codoliprane ®	20	400
Dicodin LP60 ®	60	

Dextropropoxyphène

- Antalgique agoniste µ
- Pharmacodépendance possible
- Élimination lente--- effets secondaires +++
  - c/o cirrhotique (sédation, tr cardiaques)
  - Risque hypoglycémie c/o âgés diabétiques Irénaux
  - Autres : Nausée, Constipation, douleurs abdo, Céphalées, vertiges, somnolence, DTS, convulsions
  - Hépatite
- Pas d'association avec carbamazépine

Spécialités à base de dextropropoxyphène

	Dextro	paracétamol
Di-antalvic Dialgirex Dextropropoxyphène-paracétamol…	30	400
Propofan (+cafeine 30)	27	400

Tramadol

- Voisin de la codéine: 2 énantiomères
  - Agoniste μ et IRS central
  - IR Noradrénaline
- Intérêt dans douleurs neuropathiques (?)
- ½ vie plasm doublée si âge supérieur à 75ans, Irénale ou hépatique → doubler intervalles entre prises
- Max 400mg par jour
- Effets secondaires: nausées, vomissements, somnolence, vertiges +++, confusion, hallucinations, convulsions, céphalées, hypersudation, sécheresse buccale
- CI : épilepsie, sevrage morphinique et grossesse
- Non antagonisé par la naloxone

Spécialités à base de tramadol

	tramadol	paracetamol
Contramal ® ,Topalgic ® Tramadol ®, Biodalgic ® Trasedal ®	50	
Contramal LP ® Topalgic LP ®	100 150 200	
Zaldiar ®, Ixprim ®	37.5	325
Takadol®, Zumalgic®	100	

Associations

- Les niveaux 2 peuvent être associés aux niveaux 3 agonistes purs

Les classes d'antalgique OMS III les agonistes purs

- La morphine
  - Libération immédiate
  - Libération prolongée
- Le fentanyl
  - Patch transdermique
  - Dispositif transmuqueux
- L'hydromorphone L.P.
- L'oxycodone
  - Libération immédiate : forme orale, suppo
  - Libération prolongée
- La méthadone

Abattre les tabous

La prescription correcte n'entraîne :

- Ni détresse respiratoire
- Ni sédation prolongée
- Ni dépendance
- Ni occlusion digestive

MAIS QUELQUES REGLES DOIVENT ETRE RESPECTEES

La douleur se comporte

un peu comme

un aspirateur à morphine

Indications

- Douleurs aiguës nociceptives
  - extrèmement intense
  - post opératoire
- Douleurs chroniques nociceptives
  - Résistant aux traitements OMS II
  - décompensées

Les différentes morphines

Molécule	**Nom commercial**	**Délai d'action**	**Durée d'action**
Morphine LI	IV Sol injectable 10, 20, 50, 100, 200, 250, 400, 500 PO Actiskénan 5, 10, 20, 30 PO Sévredol 10, 20 (sécable) PO Oramorph	7' IV 20' SC 60'per os	4 heures
Morphine LP	PO Skénan 10, 30, 60, 100, 200 PO Moscontin 10, 30, 60, 100, 200	1 à 2 h	12 h

MORPHINE ORALE D'ACTION BREVE

***ACTISKENAN* ® gélules 5 mg , 10 mg , 20**

***SEVREDOL*® comprimés 10 mg , 20 mg**

- Délai action = 20 à 60 minutes
- Durée d'action = 4 à 5 heures
- Réduire de 50% chez le sujet âgé ou insuffisant rénal
- En cas de difficulté d'ingestion :ouvrir les gélules d'Actiskénan et mélanger les microgranules à un aliment liquide ou semi-liquide sans les écraser ou les introduire dans une sonde de nutrition entérale rincée ensuite avec 10 à 50ml d'eau.
- Utilisation en interdoses :La posologie est équivalente à 1/6 de la dose de morphine LP
- Ex :patient sous 60 mg de morphine LP, proposer un comprimé à 10 mg à chaque interdose.

Morphine buvable: Oramorph

- Action courte
- Unidoses: 10 mg/5ml, 30mg/5ml, 100mg/5ml
- Solution concentrée 20mg/ml:
  - 4 gouttes = 5 mg de sulfate de morphine
  - 1 goutte = 1.25 mg de sulfate de morphine
- En titration ou interdoses chez enfant, personne âgée ou insuffisante rénale

MORPHINE ORALE LP

MOSCONTIN LP ® SKENAN LP ®

comprimés ou gélules 10 mg , 30 mg , 60 mg , 100 mg , 200 mg

- Délai action = 1 à 2 heures
- Durée d'action = 12 heures

Règles de prescription de l'OMS

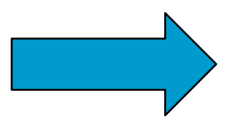
- Débuter le traitement le plus précocement possible
- progressivement par paliers I puis II puis selon équivalence
- Privilégier la voie per os
- Préférer la morphine en première intention
- Initiation par titration en morphine rapide pour déterminer la posologie en forme LP
- Personnalisation des prescriptions LP + ID
- Prise de morphine LP à heures fixes
- Adaptation LP toutes les 48 heures
- Prévenir les effets secondaires.
- Chercher la posologie minimale efficace

Effets secondaires des morphiniques



Effet secondaires: constipation

- Inévitable :100% des cas
- Prévention systématique
- Dose-dépendante, intensité variable
- Diminution des sécrétions intestinales et péristaltisme + renforcement pylore



  » Syndrome sub occlusif d'origine opioïde
  » Rechercher d'autres causes: médicaments, métaboliques, anatomiques …
  » Importance toucher rectal

Constipation et toucher rectal

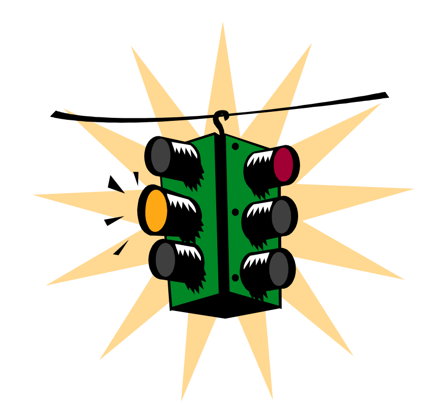
En cas d'inefficacité, le toucher rectal permet une orientation

- Selles dures : laxatifs à action ramollissante (paraffine, fibres, mucilages, lactulose, polyéthylène glycol etc…)
- Selles molles : laxatifs augmentant la pression intrarectale (anthracènes, néostigmine etc…)
- Ampoule rectale vide :
  - discuter un ASP,
  - renforcer le traitement laxatif oral type préparation à la coloscopie)
  - reconsidérer le traitement morphinique per os
- Pas de laxatif par voie rectale
- Ne pas oublier règles hygiénodiététiques

Nausées et vomissements

- 40% des malades, disparaissent en qq jours
- Faibles doses plus émétisantes ---inutile de baisser les doses
- Peuvent être liées à constipation
- Si apparaissent en cours de traitement, rechercher une autre cause (métabolique, organique ou psychogène)
- Mécanisme: stimulation trigger zone, diminution de la vidange gastrique, stimulation vestibulaire
- Traitement
  - Antagonistes récepteurs dopaminergiques: métoclopramide, domperidone
  - Haldol 2‰: V à XV gouttes par jour

Somnolence



- ➢ <u>Lors de la phase de titration et disparaît en qq jours</u>

attention à la conduite (consommation de stupéfiants)

⇨ informer le malade

Parfois liée à la « dette de sommeil »: tient la stimulation?

- ➢ <u>Si réapparait ou persiste, rechercher</u>
- trouble métabolique
- potentialisation par autre ttt (psychotropes, BZD+++)
- cause organique

⇨ on discute: adaptation des doses ou rotation d’opioïdes

Attention à l'insuffisance rénale



Risque de surdosage !

Autres effets secondaires

- **Myoclonies**:
  - à posologies élevées, BZD ou rotation opioïde
- **Hyperalgésie**:
  - baisse posologie ou rotation
- **Effets respiratoires** :
  - *« La douleur est antagoniste naturel des effets dépresseurs respiratoires de la morphine »*
  - Effet histaminolibérateur, ↘ des sécrétions, ↘ réflexe toux asthme
    ⇨ ❢ c/o asthmatique et IRespChronique
- **Dysurie ,rétention urinaire**
  - ↗ tonus détrusor et sphincter
  - ❢ Agitation, tr mictionnels récents, association tricycliques
  - ⇨ sondage, ↘ doses morphine,
- **Sueurs:**
  - ↘ doses ,± AINS ou corticoïdes
- **Prurit**
  - Rare avec morphine orale,
  - Limité à la face ,ailes du nez et torse
  - ⇨ Deroxat



Tolérance, dépendance physique, addiction

- Tolérance (nécessité d'augmenter les doses): faible, plutôt liée à augmentation de la douleur mais tolérance aux effets secondaires
- Dépendance physique ⇨ sd de sevrage

⇨ ↘ progressive des doses/paliers de 30 à 50% sur une semaine

- Dépendance psychique (addiction) : exceptionnelle

sevrage

- Anxiété,irritabilité
- Frissons, mydriase
- Bouffées de chaleur, sudation
- Rhinorrhée, nausées, vomissements
- Crampes abdominales
- Diarrhée, arthralgies

SURDOSAGE EN MORPHINIQUES

Les signes de surdosages

- Somnolence
- Pauses respiratoires
- Clonies

ECHELLE R (Respiration)		ECHELLE S (Sédation)	
R = 0	Respiration sans gêne et Fréquence supérieure à 10	S = 0	Eveillé
R = 1	Respiration ronflante sans obstruction majeure et Fréquence supérieure à 10	S = 1	Somnolent, aisément éveillable
R = 2	Respiration irrégulière, obstructions ou Fréquence inférieure à 10	S = 2	Somnolent la plupart du temps Réveillable à la stimulation verbale, tirage
R = 3	Pauses - apnées	S = 3	Somnolent la plupart du temps Réveillable à la stimulation tactile

Si R = 2 et S = 2  protocole naloxone

1. **Arrêter la morphine (seringue, PCA, etc)**
2. **Stimuler verbalement et tactilement**
3. **Si les stimulations sont inefficaces appeler le médecin**
4. **Hydrater le malade per os si possible ou par voie sous-cutanée ou IV**
5. **Après son avis, utiliser l'antidote à la morphine, le NARCAN comme suit :**

- Diluer une ampoule de NARCAN dans 10 cc d'eau pour préparation injectable
- injecter 1 cc de cette préparation en IV lente
- surveiller les signes : diminution des clonies, réveil, accélération du rythme respiratoire
- selon les besoins, réinjecter, cc par cc, toutes les 2minutes en IV, jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10
- La naloxone peut être utilisée en im ou en sc
- ! « Cette titration vise la disparition de la dépression respiratoire mais pas de l'antalgie »
- la durée d'action du NARCAN est de 30 mn
- si pas de résultats ou insuffisants : diluer 1 ampoule de NARCAN dans 250 cc de G5 et passer la perfusion en 4 heures (à renouveler selon la fréquence respiratoire et la durée d'élimination de la molécule qui a entraîné le surdosage)

Mise en route et adaptation d'un traitement morphinique oral

J1- J2: La première prescription (la titration)

- **Utiliser une morphine d'action courte (4 h) type Actiskénan ou Sévrédol ou Oramorph**
- Choisir un petit dosage : 10 mg (5mg chez les patients âgés et les insuffisants rénaux)
- La première prescription doit comporter
- ➢ 6 « doses de base » à prendre toute les 4 heures
- ➢ 6 « doses de secours» à prendre si douleur.
- Demander au patient de noter sur un carnet le nombre et l'horaire des prises
- exemple:

Sévrédol dix milligrammes : Un comprimé toute les quatre heures.

Si la douleur persiste, prendre un comprimé supplémentaire, jusqu'à six fois par jour. Attendre au minimum 1 heure entre deux prises.

Traitement pour deux jours soit vingt-quatre comprimés.

J 3 : La deuxième prescription (Le traitement de fond)

- Additionner l'ensemble des prises journalières et faire une répartition en deux prises de morphine d'action longue type Moscontin ou Skénan
- Prescrire dans le même temps un morphinique d'action courte pour soulager les pics douloureux et permettre au patient d'adapter son traitement (« interdoses»).
  - **1 interdose = 1/10 à 1/6 de la dose de fond**
-
- exemple:
- Le patient a besoin de 80mg de Sévrédol/24h pour être soulagé.
- →40 mg de Moscontin matin et soir
- 10 mg de Sévrédol en interdose

Les prescriptions ultérieures : l'adaptation

- **Douleur = Traitement insuffisant**
- **Sédation = Traitement trop fort**

1. Augmenter le traitement : ↗ la dose de fond de 50% et adapter les interdoses

   40mg de Moscontin matin et soir.

   10 mg de Sévrédol en interdose

   ➔ 60mg de Moscontin matin et soir

   20 mg de Sévrédol en interdose

2. Diminuer le traitement : ↘ la dose de fond de 25 à 30% et adapter les interdoses.

   40mg de Moscontin matin et soir.

   10 mg de Sévrédol en interdose

   ➔ 30mg de Moscontin matin et soir

   10mg de Sévrédol en interdose.

Les autres formes d'agonistes purs niveau 3

Molécule	Nom commercial	Délai d'action	Durée d'action
Oxycodone LI	PO OxyNorm 5, 10, 20	1 h	4 h
Oxycodone LP	PO OxyContin 10, 20, 40, 80	1 h	12 h
Hydromorphone LP	PO Sophidone 4, 8, 16, 24	1à 2 h	12 h
Fentanyl TD	TD Durogésic 12, 25, 50, 75,100, 200	36 h	72 h
Fentanyl par voie buccale	Actiq® 200, 400, 600,800,1200,1600	30 minutes	2h

HYDROMORPHONE

SOPHIDONE LP **gélules 4 mg , 8 mg , 16 mg , 24 mg**

- **Délai action = 1 à 2 heures**
- **Durée d’action = 12 heures**
- Agoniste opioide pur ayant une activité antalgique qualitativement identique à celle de la morphine
- Indiqué dans le traitement des douleurs intenses d’origine cancéreuse en cas de résistance ou d’intolérance à la morphine (rotation des opioides)
- Posologie initiale en relais de la morphine : **4 mg d’hydromorphone per os correspondent à 30 mg de sulfate de morphine per os**

OXYCODONE
OXYCONTIN LP®

comprimés 10mg , 20 mg , 40 mg , 80mg
oxynorm® gélules 5 ,10, 20 mg

- Prescription sur 28 jours
- **Forme LP :Délai action = 1 à 2 heures, Durée d'action = 12 heures**
- **Forme LI:Toutes les 4 à 6 heures, en interdoses avec l'oxycontin ®**

- Agoniste opioide pur ayant une activité antalgique qualitativement identique à celle de la morphine
- Indiqué dans le traitement des douleurs intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible .
- Posologie initiale : 10 mg toutes les 12 heures
- Equianalgésie: 10mg d'oxycodone par voie orale sont équivalents à 20mg de morphine orale
- Adaptation posologique : augmenter de 25 à 50% la dose par prise en cas d'inefficacité(appréciée après 24 à 48 h) jusqu'à la posologie efficace qui est très variable selon les individus

FENTANYL PERCUTANE

DUROGESIC ® patchs à 12, 25, 50 , 75 ,100 microgrammes/h

- Délai action = 12-17 heures
  Durée d'action = 72 heures
- Agoniste opioïde pur ayant une activité antalgique qualitativement identique à celle de la morphine
- douleurs stables
- Posologie et mode d'emploi : calculer les besoins en analgésiques morphiniques des 24 heures précédentes puis extrapoler les doses de Fentanyl recommandées en fonction des doses de morphine orale par 24 heures.
  Dose équi-analgésique :25 microgrammes/h correspondent à environ 60 mg/24h de morphine orale

FENTANYL PERCUTANE

***DUROGESIC* ® patchs à 12, 25, 50 , 75 ,100 microgrammes/h**

- Mode d’emploi :
- appliquer le dispositif transdermique sur une peau saine, sèche, non irradiée, non irritée, non lésée et présentant une faible pilosité et donc de privilégier région sternale, bras, cuisse
- changer de site d’application à chaque nouveau patch,
- renouveler le patch toutes les 72 heures, soit tous les 3 jours,

Fentanyl par voie buccale

Actiq® 200, 400, 600,800,1200,1600

- Bâtonnets (3 pour 35 euros)
- Contre les accès douloureux (pas plus de 4 par jour) en complément du traitement de fond
- Mode d’emploi: laisser fondre en frottant contre la joue pendant 15mn puis attendre 15mn: si la douleur persiste , utiliser une seconde dose
- Au delà en cas d’inefficacité sur 2 accès douloureux, utiliser dosage supérieur
- Délivrance pour 7 jours

DUREE MAXIMALE DE PRESCRIPTION AUTORISEE

Morphine injectable (injections directes)	7 jours
Chlorhydrate de morphine orale	28 jours
Morphine injectable par système actif	28 jours
Oxycodone **Hydromorphone** **Méthadone** **fentanyl**	28 jours

La rotation morphinique : indications

- Antalgie insuffisante avec risque majeur d'effets secondaires
- Effets secondaires malgré une prévention adéquate
- Accoutumance
- Douleurs paroxystiques, incidentes ou récurrentes
- Voie d'administration difficile

Grille d'équivalence

Morphine Orale	60 mg	80	120	180
Oxycodone	30 mg	40	60	90
Hydromorphone	8 mg	8	16	24
Fentanyl	0.6 mg soit 25µg/h	25µg/h	50µg/h	75µg/h

Traitements neuropathiques

- L’AMM: Anafranyl°, Tégrétol°
- Classiques: Laroxyl°, Rivotril°
- Les nouveaux: Neurontin°, Trileptal°, Lyrica°

Gabapentine = Neurontin°

- Posologie: débuter à 300 mg le soir (150 mg si insuffisance rénale)
- Augmentation progressive par palier de 300 mg tous les 3 jours
- Posologie : mini 900 mg/j Max = 3600 mg/j
- 3 prises quotidiennes
- Effets secondaires
  - Nausées, vomissements => Haldol 2‰ : 5-5-5
  - Somnolence durant 3 à 4 j après ↑ posologie
  - Vertiges

Prégabaline: Lyrica °

- 25, 50, 75, 100,150, 200 et 300 gélules
- En 2 prises par jour
- Initiation : 75 - 75
- Une semaine après 150 - 150
- Puis 300 – 300
- EI:
  - étourdissements, somnolence
  - Ataxie, tr attention, mémoire, coordination

Oxcarbazépine = Trileptal°

- Posologie: débuter à 300 mg.
- Augmentation par paliers de 150 à 300 mg tous les 5 jours. Max de 600 mg/semaine
- Poso efficace = 600 mg/j   Max de 2400 mg/j
- 2 prises quotidiennes
- Effets secondaires:
  - Somnolence : durant 5 à 8 jours après chaque ↑
  - Hyponatrémie => réduire poso et apport de Na
  - Neutropénie => arrêt du ttt
  - Céphalées d'allure migraineuse => antalgiques OMS, voir arrêt